 **T.C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ** 

**TAVŞANLI SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Meslek Yüksekokulunuz …………………………….……………………….. Programı ................................... numaralı öğrencisiyim. Aşağıda belirttiğim ve ekte sunduğum belge uyarınca öğrenim süremi 20… / 20… eğitim-öğretim yılı ........................... yarıyılından itibaren .................................. yarıyıl dondurmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

……/……/20.…

Adı Soyadı

İmza

**T.C No :………………………………………….......**

**Adres :**...................................................................

...................................................................

**Tel No :**...................................................................

**E-posta :**....................................................................

**MAZERET NEDENİ:**

**EKLER:**